

нией, показатели нагрузочной пробы оксиметрии и электрокардиографии оказались весьма лабильными. Очевидных признаков латентной недостаточности сердечно-сосудистой системы у этих больных не было констатировано.

#### ВЫВОДЫ:

1. Оксигемометрия в комплексе нагрузочных функциональных проб является важным объективным показателем функции легочно-сердечной системы.

2. Комплексный метод изучения резерва легочно-сердечной системы, примененный в нашей работе, является выгодным при коронарной недостаточности и заболеваниях легких с ранними фазами легочно-сердечной недостаточности. Нам кажется, что он может быть полезным и при исследовании больных, нуждающихся в торакальных операциях.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Антелидзе Б. Ф., Медведев В. В. Тер. арх., 1956, в. 2, стр. 3—9.
2. Брегвадзе Г. Л. В кн.: Тезисы докл. научной сессии к X-летию ин-та клинической и эксперимент. кардиологии АН Грузинской ССР, 1956, Тбилиси, стр. 18—19.
3. Войткевич В. И. Физиол. журн. СССР, 1955, 2.—4. Войткевич В. И., Шурьгин Д. Я. Тер. арх., 1953, в. 5, стр. 29—34.—5. Малова М. Н. Дисс., Л., 1954.—6. Малова М. Н. Клин. мед., 1955, стр. 91.

Поступила 2 июля 1958 г.

## О ДИАГНОСТИКЕ АНЕВРИЗМ СЕРДЦА

*Доц. А. М. Токарева*

Из клиники пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. С. В. Шестаков)  
Куйбышевского медицинского института

Вопросы клиники данного заболевания разрабатывались нами на основании изучения 35 больных с аневризмой сердца, находившихся в терапевтических клиниках Куйбышевского медицинского института и других лечебных учреждениях за период с 1950 по 1956 годы.

Из этого числа под нашим личным наблюдением было 15 человек, из них у 14 диагноз был поставлен прижизненно, у 5 умерших подтвержден секцией.

Мужчин было 30, женщин — 5. Возраст больных был от 40 до 72 лет.

Из 35 больных мы наблюдали острую аневризму у 2 больных, а у остальных аневризма сердца была хронической.

По литературным данным (А. И. Казем-Бек, Р. А. Лурия и др.), наиболее характерными клиническими признаками хронической аневризмы сердца являются: инфаркт миокарда или частые приступы стенокардии в прошлом, стойкая недостаточность кровообращения, увеличение размеров сердца, глухость тонов сердца, сочетание мощного сокращения левого желудочка со слабым артериальным пульсом (А. И. Казем-Бек), систолический шум у верхушки, иногда нарушение ритма и темпа сердца, пульсация в 3 и 4 межреберье слева по парастернальной линии или между срединно-ключичной и парастернальной линиями. Иногда отмечаются длительные повышения температуры и эмболические явления. Эти осложнения, по мнению В. Е. Незлина и других авторов, связаны с тромбами в полости аневризмы.

Из 33 больных с хронической аневризмой сердца инфаркт миокарда в анамнезе установлен у 23 больных, у 4 больных отмечались частые

приступы стенокардии, у 6 больных четких данных, свидетельствующих об инфаркте миокарда в прошлом, не было.

У большинства больных после перенесенного инфаркта миокарда возникла недостаточность кровообращения как один из симптомов аневризмы сердца, но у некоторых больных она развивалась не сразу после перенесенного инфаркта миокарда, а спустя некоторый, нередко длительный период времени. В одном случае этот период был равен 2 годам, а в другом — 5. У 5 больных при хронической аневризме сердца не наблюдалось недостаточности кровообращения, и больные в течение длительного времени сохраняли трудоспособность, а аневризма сердца у некоторых из них явилась лишь секционной находкой.

Так, 6-ной Б., 70 лет, в течение всей жизни, кроме воспаления тройничного нерва, ничем не болела. Поступил в хирургическую клинику по поводу перелома 4, 5, 6, 7, 8 ребер слева, левостороннего гемоторакса. Через 3 дня после поступления в клинику он скончался. На секции обнаружена хроническая аневризма левого желудочка в области верхушки диаметром в 5 см.

Больной С., 58 лет, в 1945 г. перенес инфаркт миокарда. До 1953 г. чувствовал себя хорошо, работал, выполняя нетяжелую физическую работу. В 1953 г. после физической нагрузки (колол дрова) наступил повторный инфаркт миокарда, развилась недостаточность кровообращения, присоединилась двусторонняя пневмония, и больной скончался.

На секции обнаружены хроническая аневризма верхушки сердца и свежие инфаркты в области передней и задней стенок левого желудочка.

Из 5 больных с аневризмой сердца без недостаточности кровообращения у 4 аневризма локализовалась в области верхушки, а у одного — в области передней стенки.

Поэтому у нас сложилось впечатление, что аневризма в области верхушки имеет более благоприятное течение и не дает выраженной недостаточности кровообращения.

При исследовании сердечно-сосудистой системы у наших больных было установлено следующее: границы сердца у всех больных были расширены. У 23 больных были глухие тоны, у 12 глухие тоны и систолический шум у верхушки. Нарушение ритма сердца было отмечено у 10, из них у 7 диагностирована мерцательная аритмия, а у 34 — экстрасистолия. Учащение ритма сердца в пределах 90—122 мы наблюдали у 18 человек. Аневризматическая пульсация в 3—4 межреберье слева кнутри от срединно-ключичной линии была обнаружена у 7 из 15 больных, лично наблюдавшихся нами.

Большое значение для диагноза имеют ЭКГ-данные.

Так, по мнению О. И. Глазовой, наиболее характерными следует считать следующие изменения: в анамнезе коронарный зубец Т с переходом в дальнейшем в изоэлектрический или плохо выраженный, снижение амплитуды зубцов, увеличение систолического показателя. По мнению З. М. Волынского и И. И. Исакова, для диагностики аневризмы сердца примечательны стойко держащийся патологический зубец Q и коронарный зубец Т. М. Э. Мандельштам, Г. С. Зензинов и другие полагают, что об аневризме сердца можно думать по сохранению инфарктного типа кривой ЭКГ в течение длительного времени (так называемая застывшая ЭКГ).

В. Е. Незлин и Н. А. Долгопосок, дополнительно к обычным отведениям, производили съемку ЭКГ с места аневризматической пульсации, при этом характерно появление зубца Q или QS; кроме этих изменений, в грудных отведениях и в отведениях с места пульсации наблюдается высокое стояние сегмента RS — Т. Н. А. Долгопосок, изучая ЭКГ у больных с инфарктом и аневризмой передней стенки левого желудочка, обнаружил следующие возможные варианты изменений ЭКГ, характерные для аневризмы передней стенки левого желудочка:

- 1) патологический зубец Q в отведениях CR 1—2—3—4—5, у некоторых больных с CR<sub>6</sub> и у большинства — одновременно в первом стандартном;
- 2) при патологической пульсации внутри от соска в четвертом межреберье на ЭКГ, снятой с места пульсации, отмечался стойкий зубец QS или глубокий и стойкий зубец Q, при малом зубце R, при отсутствии пульсации стойкий зубец QS в CR 1—2, 3—4, часто одновременно со стойким подъемом сегмента ST в CR — 3, 4, стойкий зубец

QS в CR 1, 2, 3 со стойким подъемом интервала ST в CR 1, 2, 3 в сочетании с глубоким зубцом Q в CR<sub>4</sub>;

3) изменения, типичные для аневризмы передней стенки, могут наблюдаться только в 1—2—3 грудных отведениях и с места пульсации.

Из 35 больных с аневризмой сердца ЭКГ-исследование производилось у 30 больных. Из этого числа больных у 29 ЭКГ-картина была типичной для аневризмы сердца, у 21 умершего аневризма сердца подтверждена секцией.

При изучении ЭКГ у наших больных мы обнаружили следующие изменения при аневризме передней стенки левого желудочка: в грудных отведениях изменение комплекса QRS в форме QS, приподнятый сегмент ST, отрицательный зубец T.

В качестве примера приводим выписку из истории болезни 6-ного К, 61 года. Диагноз: Атеросклероз, склероз коронарных сосудов. Атеросклеротический кардиосклероз. Рубцы после перенесенного инфаркта миокарда. Аневризма передне-боковой стенки левого желудочка. Недостаточность кровообращения II «А» степени.

На ЭКГ от 7/II-55 г. отмечается подъем интервала ST в CR 1—2—3—4—5—6, отрицательные зубцы T в CR 1—2—3—4—5—6, глубокий зубец QS в CR 1—2—3—4—5—6.

При аневризме в области верхушки сердца в пятом, шестом грудных отведениях иногда встречаются, как это отмечает С. В. Шестаков, расположение сегмента S—T ниже изолинии, отрицательный зубец T в 4, 5, 6 грудных отведениях.

В отдельных случаях, при типичных для аневризмы передней стенки изменениях на ЭКГ, на секции мы не находили не только аневризмы, но даже и обширного рубца в области передней стенки.

В одном случае, при наличии на секции аневризмы передней стенки левого желудочка, на ЭКГ не было изменений, характерных для нее. В CR 2, 3, 4, 5, 6 отмечался зубец R, не было зубцов Q и QS, интервал S—T был выше изолинии лишь в CR<sub>2</sub>.

Перечисленные примеры указывают на то, что ЭКГ-признаки аневризмы сердца, описанные целым рядом авторов, имеют, по-видимому, относительное значение.

Тщательный анализ клинической картины, вместе с данными ЭКГ и рентгенологического исследования, дает возможность правильно распознать аневризму сердца.

Рентгенологическое исследование из 35 больных производилось у 17, причем у 10 больных выявились рентгенологические признаки, характерные для аневризмы сердца.

Из 35 больных с аневризмой сердца умерло 25 человек, выписалось с улучшением общего состояния 10.

На секции была обнаружена следующая локализация аневризмы: в области передней стенки левого желудочка — у 9 человек, в области верхушки — у 6, передней стенки и верхушки — у 4, задней стенки — у одного, передне-боковой стенки — у одного, задне-боковой стенки — у одного, в области задней стенки и верхушки — у одного.

Таким образом, в согласии с литературными данными, наиболее частой локализацией аневризмы сердца являются его передняя стенка и верхушка.

Среди причин смерти больных с аневризмой сердца следует поставить на первое место повторные инфаркты миокарда (у 18 человек), на второе место — недостаточность кровообращения, а затем следуют различные интеркуррентные заболевания. Повторные инфаркты в большинстве случаев локализовались около аневризмы, в стенке аневризмы повторные инфаркты были обнаружены только в трех случаях.

На основании изучения клиники аневризмы сердца у наших больных, мы можем сделать вывод, что опорными пунктами для диагностики аневризмы сердца служат: развитие стойкой недостаточности кровообращения после перенесенного инфаркта миокарда у большинства больных, увеличение размеров сердца, глухость тонов, появление систолического шума у верхушки, иногда нарушение ритма и темпа сердца, появление аневризматической пульсации.

Что касается ЭКГ-данных, то наиболее типичными для аневризмы сердца являются следующие изменения: при аневризме передней стенки левого желудочка — в грудных отведениях изменение комплекса QRS в форме QS, приподнятый сегмент S—T, отрицательный зубец T. При аневризме в области верхушки сердца в пятом, шестом грудных отведениях иногда встречается расположение сегмента S—T ниже изолинии, отрицательный зубец T — в 4, 5, 6 грудных отведениях.

В отдельных случаях, при типичных для аневризмы передней стенки изменениях на ЭКГ, на секции отсутствует не только аневризма, но даже и обширные рубцы в области передней стенки. И наоборот, при обнаружении на секции аневризмы ЭКГ может быть нетипичной.

На основании анамнестических данных и наблюдения за больными, мы считаем, что частой причиной развития аневризмы сердца являлся недиагностированный своевременно инфаркт миокарда, а в связи с этим, неправильный режим больного при обширном некрозе сердечной мышцы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Волынский З. М. Новости медицины, 1949, 15, стр. 32—37.— 2. Волынский Г. М. и Исаков И. И. Клин. мед., 1949, т. 21, 12, стр. 53—59.— 3. Глазова О. И. Клин. мед., 1938, т. 16, 10, стр. 1355—1366.— 4. Долгоплоск Н. А. Клин. мед., 1955, т. 38, 1, стр. 29—39.— 5. Зензинов Г. С. Тер. арх., 1949, т. 21, 6, стр. 65—77.— 6. Коган Б. Б. и Жарковская Т. С. Клин. мед., 1950, т. 28, 11, стр. 30—41.— 7. Незлин В. Е. и Долгоплоск Н. А. Тер. арх., 1949, т. 21, 5, стр. 62—70.— 8. Нестеров В. С. Тер. арх., 1954, 26, 1, стр. 73—80.— 9. Раевская Г. А. Тер. арх., 1948, т. 20, 3, стр. 44—50.— 10. Шестаков С. В. Тезисы научной конференции областного общества патологоанатомов с секцией патофизиологов. Куйбышев, 1955, стр. 34—36.

Поступила 3 февраля 1958 г.

### К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ИЦЕНКО — КУШИНГА

*Асс. Н. Т. Старкова*

Из клиники эндокринных заболеваний (зав.— проф. Н. А. Шерешевский) Центрального института усовершенствования врачей, на базе эндокринологического отделения б-цы им. С. П. Боткина (главврач — проф. А. Н. Шабанов)

Сложность патогенеза синдрома Иценко — Кушинга затрудняет его раскрытие, необходимое для успешного лечения.

Типичные черты этого синдрома: своеобразный внешний вид больного в связи с полнотой и неравномерным распределением жира (туловище становится тучным), гипертония, остеопороз, нарушение углеводного обмена, аменоррея, часто мужской тип роста волос у женщин (гирсутизм). Кожа сухая, выраженные пурпурные стрии.

Сходство клинической картины побудило объединить ряд заболеваний под названием синдрома Иценко — Кушинга.